

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°
58

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice HÉBERT

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 29 Septembre 1914, à FERRIÈRES-EN-BRAY (Seine-Inférieure)

Etude
sur un cas d'Inversion Utérine
chronique tardive

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice HÉBERT

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 29 Septembre 1914, à FERRIÈRES-EN-BRAY (Seine-Inférieure)

Etude sur un cas d'Inversion Utérine chronique tardive

Président : M. TANON, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

Doyen TIFFENEAU.

I. — Professeurs

Anatomie.	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale.	Léon BINET.
Chimie médicale.	STROHL.
Bactériologie.	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	Robert DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale.	BAUDOUIN.
	PASTEUR-VAL-
	LERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-
	LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique.	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	VILLARET.
Clinique propédeutique.	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie.	N...
Assistance médico-sociale.	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DEGREZ (H.).. Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	DESOLLE Médecine légale.
BERNARD Et.. Pathologie médicale.	DIGONNET ... Obstétrique.
BESANÇON (J.) Hydrologie.	DOGNON Physique.
BONNET Bactériologie.	FEVRE Pathologie chirurgicale.
BOULANGER ... Chimie.	FUNK.
BOULIN Pathologie médicale.	BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
BROUET Pathologie médicale.	GALLIARO ... Parasitologie.
BULLIARD Histologie.	GARCIN Pathologie médicale.
CACHERA Pathologie médicale.	M ^{lle} GAUTHIER.
CORDIER Anatomie.	VILLARS.. Anatomie pathologique.
COSTE Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
COUVELAIRE (R.) Urologie.	DE GENNES ... Pathologie médicale.
DELARUE Anatomie pathologique.	GIROUD Histologie.
DELAY Pathologie médicale.	HAGUENAU ... Pathologie médicale.

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.

MM.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT.
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 AGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

MM.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-
 THIVETI Parassitologie.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

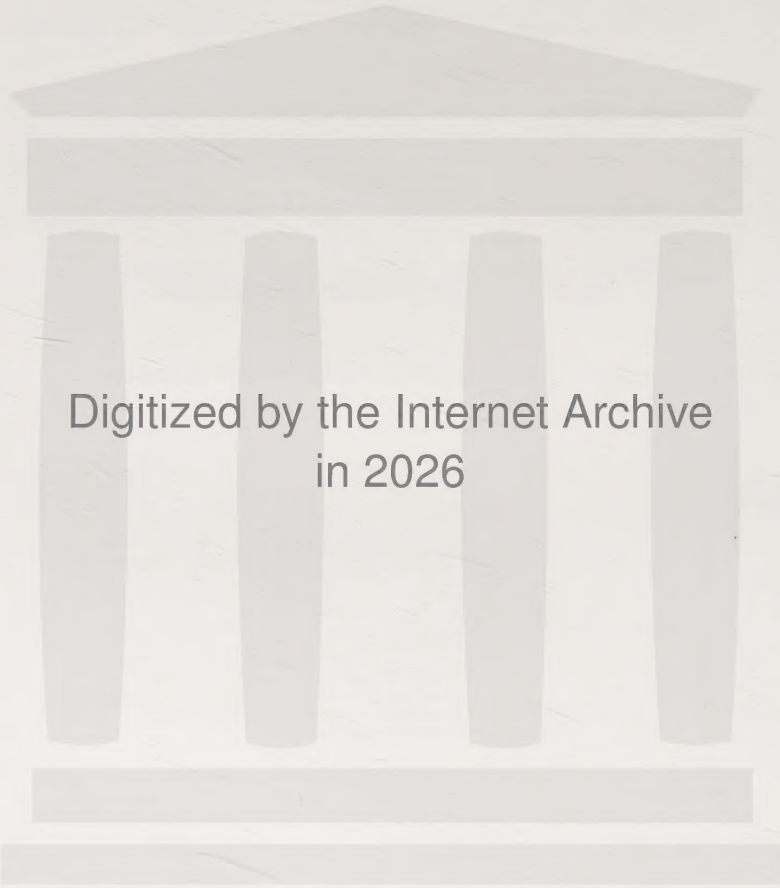
MM.
 ALAJOUANINE.
 BRULE
 CATHALA
 CHABROL
 CHEVALLIER..
 DONZELOT
 DUVOIR
 GASTINEL
 HUGUENIN
 LAROCHE (G.).
 LIAN
 MOREAU
 PIEDELIEVRE..
 SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.
 BASSET
 BROcq
 CADENAT
 GATELIER
 DE GAUDART-
 D'ALLAINES.
 LEVEUF
 MOULONGUET.
 MOURE
 QUENU
 } Clinique chirurgicale.
 ECALLE
 METZGER
 PORTES
 VIGNES
 } Clinique obstétricale.

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552417_0047

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

En bien faible témoignage de
vive affection et de profonde re-
connaissance.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES DE MOBILISATION DE RENNES

ET DU MANS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

*Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène
de la Préfecture de Police*

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette Thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE FOURMESTRAUX

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres

*Vice-Président de l'Association Française
de Chirurgie*

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous inspira le sujet de cette
Thèse. Nous lui exprimons ici nos
sentiments de vive gratitude et le
témoignage de notre profonde re-
connaissance pour nous avoir gui-
dé de ses conseils dans l'accom-
plissement de ce travail.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON
MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE
MONSIEUR LE DOCTEUR GARNIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE
MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR HOUDARD
MONSIEUR LE DOCTEUR NICAUD
MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER
MONSIEUR LE DOCTEUR DESNOYERS
MONSIEUR LE DOCTEUR PICHON
MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND BERNARD

ÉTUDE SUR UN CAS D'INVERSION UTÉRINE CHRONIQUE TARDIVE

INTRODUCTION

Nous rapportons ici un cas d'inversion utérine tardive, observée dans le service du Docteur de Fourmestraux, à l'Hôtel-Dieu de Chartres.

Nous allons nous efforcer, dans le modeste travail qui va suivre, en nous appuyant sur le cas dont nous relatons l'observation, de développer les trois points suivants:

a) ETIOLOGIE. PATHOGÉNIE.

Passage de l'invagination aiguë à l'invagination tardive chronique en insistant sur la rareté de l'invagination tardive, l'invagination aiguë apparaissant déjà comme étant en elle-même un accident peu fréquent.

b) SYMPTOMATOLOGIE.

Nous remarquerons surtout la difficulté du diagnostic — importance des renseignements fournis par l'interrogatoire — nécessité primordiale d'un examen attentif, minutieux, prolongé.

c) TRAITEMENT.

Les différents modes qu'il peut comporter: traitement exclusivement chirurgical, la réduction manuelle par voie vaginale étant considérée dans le cas de l'invagination tardive chronique comme aléatoire et non exempte de dangers.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

INVERSION UTÉRINE DATANT DE TREIZE ANS. HYSTÉRECTOMIE. (*Observée dans le Service du Docteur DE FOURMESTRAUX, à l'Hôtel-Dieu de Chartres*).

Madame B. Clar..., malade âgée de 35 ans, est envoyée au Docteur de Fourmestraux, par le Docteur Gilles. d'Epernon, qui hésite dans son diagnostic entre un polype volumineux prolabé dans le vagin et une inversion utérine.

Cette malade a, il y a treize ans, présenté un accouchement tout à fait pénible: enfant volumineux, délivrance tardive pour laquelle on fit, dit-elle, des tractions assez violentes sur le cordon ombilical. Elle précise que l'accoucheur dut, à plusieurs reprises, introduire la main dans le vagin pour extraire par fragments le placenta (?).

Elle a gardé, dit-elle, un affreux souvenir des douleurs ressenties à ce moment.

Depuis lors, son existence est tout à fait anormale et pénible; métrorragies et ménorragies se confondent sans que souvent la malade puisse préciser la date exacte de ses règles.

Elle se considère comme relativement tranquille alors qu'elle ne présente qu'un léger écoulement séro-sanguinolent. Elle doit, pour vaquer à ses occupations, porter une serviette vulvaire.

Depuis quelques semaines, les troubles urinaires qui, chez elle, étaient d'abord peu prononcés, se sont franchement accentués. Par l'interrogatoire, on met en évidence chez elle de la pollakiurie, ses urines sont nettement purulentes, chaque miction est très douloureuse; la nuit, elle doit se lever quatre et cinq fois pour uriner.

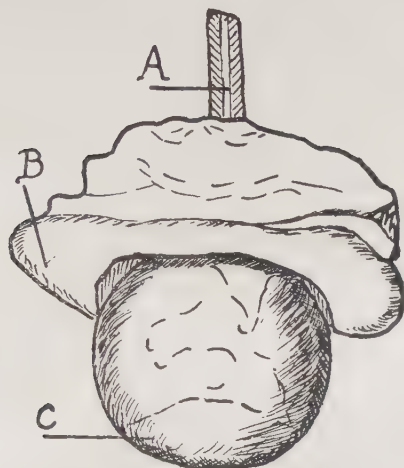
L'état général chez cette femme maigre et d'aspect assez robuste, s'est franchement aggravé depuis quelques semaines, avec amaigrissement et température vespérale.

Lors de l'examen (pratiqué par le Docteur de Fourmestraux) qui nécessite quelques gouttes de kélène, on constate, au toucher vaginal, la présence d'une masse endo-vaginale dont on fait le tour avec le doigt, masse qui saigne au moindre contact et donne après éclairage correct, l'aspect tomenteux de la muqueuse utérine et non l'aspect lisse de la surface d'un polype prolabé.

On élimine ce dernier diagnostic pour penser à l'existence d'une inversion utérine que confirme l'absence de corps utérin non perçu derrière la symphyse par le palper bimanuel. Les mêmes renseignements sont fournis par le toucher rectal.

On prélève par sondage quelques gouttes d'urine purulente (examen de laboratoire pratiqué par le

Docteur Launay met en évidence la présence de colibacilles).



Hystérectomie totale pour inversion utérine.

(Service du Docteur DE FOURMESTRAUX)

- A. — Drain dans la cavité interne;
- B. — Tranche vaginale;
- C. — Fond de l'intérieur.

Un examen complet de la malade donne les renseignements suivants:

Tension artérielle, 14-9.

Cœur: normal.

Appareil respiratoire: normal.

Glycémie: normale.

Urée sanguine: 0,35.

Température vespérale : oscillante entre 37,5 et 38,5.

Intervention pratiquée par les docteurs de Fourmestraux et Fredet.

On élimine la possibilité d'une hystérectomie vaginale par suite de l'existence d'une salpingite gauche assez volumineuse.

Anesthésie générale donnée à l'éther.

On pratique une hystérectomie abdominale totale, intervention facile et sans incidents. Conservation de l'ovaire droit. La malade consolide très rapidement et quitte le service du docteur de Fourmestraux au bout de vingt jours.

La malade, revue six mois après, présente un excellent état général, néanmoins elle se plaint de quelques bouffées de chaleur, malgré la conservation de l'ovaire droit. Elle a repris 5 kilogrammes, les urines sont devenues à nouveau claires et stériles. La consolidation est complète.

OBSERVATION II

INVERSION TARDIVE IRRÉDUCTIBLE. HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE. (*Docteur TROUVÉ, de Châteaudun.*)

Madame Nel..., 31 ans, primipare, est accouchée le 18 janvier 1933. L'interrogatoire difficile ne recueille pas de renseignements précis; toutefois, l'accouchement paraît avoir été pénible, ayant dû nécessiter une anesthésie générale et une application de forceps.

La malade ne se lève que le vingtième jour après

son accouchement et, pendant ce temps, la malade n'a cessé de perdre et a présenté des douleurs abdominales ainsi que des troubles urinaires.

Au bout d'un mois, on note une augmentation des pertes et les douleurs deviennent de plus en plus violentes, nécessitant un nouvel alitement.

Le Docteur Trouvé examine cette malade le 18 mars, pour la première fois (deux mois exactement après l'accouchement); à ce moment, l'inversion est nettement constituée et présente tous les caractères cliniques d'une inversion utérine endo-vaginale.

Toutes les tentatives de réduction manuelles se révèlent infructueuses.

Le 24 mars : Intervention, Docteurs Foisy, Troavé. La laparotomie met en évidence un utérus complètement invaginé. Orifice endo-pelvien, adhérences dans le cul-de-sac constitué par l'orifice interne, les annexes sont prolabées. Comme il est absolument impossible d'en tenter la réduction, on pratique une hystérectomie.

Guérison sans accidents.

PATHOGENIE

L'inversion utérine est constituée par l'invagination de l'utérus dans sa propre cavité ou dans le vagin. L'utérus se retourne comme un doigt de gant dont la surface extérieure devient intérieure. Tardive ou chronique, ce dernier terme indiquant peut-être mieux son absence de consolidation spontanée, elle apparaît le plus souvent comme étant presque toujours d'origine obstétricale.

L'accident initial survient au cours de la délivrance. En différentes étapes, l'utérus inversé en son segment invaginé, franchit l'orifice cervical, descend dans le vagin et, dans les cas extrêmes, fait saillie à la vulve.

D'une façon un peu schématique sans doute, Commandeur décrit un premier degré dans lequel le fond de l'utérus se déprime et s'enfonce dans la filière génitale, descendant parfois jusqu'à l'orifice utérin qu'il ne dépasse pas. C'est la phase de dépression utérine simple, l'inversion « en cul de fiole » de Mauriceau.

Dans le deuxième degré, le fond utérin invaginé franchit l'orifice du col et descend dans le vagin, entraînant avec lui de nouvelles portions; le corps utérin est en grande partie retourné.

Dans un troisième degré, l'utérus franchit la vulve et apparaît à l'extérieur; à ce degré, le retournement du corps utérin est complet, mais l'orifice cervical conserve encore sa situation normale.

Dans un dernier stade enfin, l'orifice utérin et le col se retournent en entraînant à leur suite une partie du vagin. Au stade aigu, en dehors de l'inertie initiale, les troubles circulatoires entraînent un œdème qui peut être considérable, congestion sérieuse à laquelle Bar fait jouer un rôle de premier plan pour expliquer les accidents tardifs. Cette stase entraîne une augmentation rapide du volume utérin, constriction exercée en outre par l'anneau de contraction sur le pédicule de la tumeur, enfin compressions et coudures se produisent au niveau des pédicules vasculaires de l'utérus. Il semble que les veines périphériques latéro-utérines comprimées ne permettent que d'une façon précaire la circulation de retour.

Au bout de quelques semaines, réaction péritonéale, où le facteur infection joue un rôle évident, puis formation d'adhérences vésicales, entéro-péritonéales qui contribueront certainement à l'impossibilité et au danger des tentatives de réductions par voie manuelle.

Il semble que si l'on s'en rapporte aux traités classiques et aux statistiques dont la valeur reste toujours relative, que l'inversion aiguë reste un fait rare: Auvard, cité par Commandeur⁽¹⁾ donne un cas sur 120.000 accouchements.

(1) COMMANDEUR, traité Bar, Brindeau, Chambrelent. Page 430.

Il apparaît comme étant d'autant plus certain alors que l'inversion utérine chronique tardive est un fait plus rare encore, puisqu'il s'agit de femmes ayant survécu à des accidents initiaux qui apparaissent comme étant d'une extrême gravité.

L'inversion utérine aiguë peut survenir au cours de différentes phases du travail, au moment de l'expulsion de l'enfant, pendant la délivrance ou après celle-ci.

Dans certaines conditions, multiparité, adhérences anormales du placenta, il apparaît que l'élément essentiel qui commande l'inversion est l'inertie utérine.

Le nombre des explications proposées pour expliquer l'apparition de l'inertie utérine montre une valeur relative.

On a invoqué tour à tour la pression atmosphérique (Herff), l'augmentation de la pression abdominale à la suite d'efforts excessifs de la femme, toux, vomissements (Baudelocque). Il semble bien que l'expression manuelle du placenta faite avec une vigueur excessive chez une malade à mauvaises parois, joue un rôle beaucoup plus certain.

Dans un utérus inerte, il est certain, d'autre part, au cours d'une délivrance artificielle, que, lorsque l'accoucheur cherche à extraire le placenta sans l'avoir entièrement decollé, les tractions locales sont fort capables d'entraîner une paroi qui se contracte mal et de l'attirer avec lui.

Dans certains cas, l'inertie intéresse seulement un segment du muscle utérin, au niveau duquel com-

mence l'inversion et ce sont les contractions plus ou moins violentes qui la font progresser.

La zone d'inertie est alors limitée à sa périphérie par un anneau musculaire dont la contraction encercle la zone intéressée.

L'inversion initiale progresse sous la simple action des contractions utérines, c'est l'inversion dite active (Commandeur).

Il est assez difficile de préciser la cause du fait évident qu'est l'arrêt de l'inversion. On a évoqué le rôle de frein joué par les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments suspenseurs de l'ovaire. Ceci est possible, mais cependant rien n'est moins certain quand on connaît leur faible rôle dans la statique utérine réalisée au niveau de son segment inférieur et surtout au niveau du col. L'utérus demeure en place comme la bouteille la tête en bas dans le porte-bouteille, disait autrefois Farabeuf.

Quelle que soit son étiologie, il faut bien convenir que celle-ci reste encore entourée d'une troublante obscurité; l'inversion, spontanément ou avec l'aide de l'accoucheur, si elle n'a pu être réduite, entre dans le stade de l'évolution tardive ou chronique.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est difficile de préciser l'heure où une inversion utérine peut être considérée comme chronique. Il serait peut-être plus logique de dénommer cette invagination: invagination tardive.

C'est, en effet, le plus souvent quelques mois après l'apparition des troubles initiaux que le tableau clinique se complète et se précise.

Une femme a accouché dans des conditions pénibles, seule, ou avec l'assistance d'une matrone qui a tiré avec vigueur sur un placenta tenace. En dépit des accidents initiaux, elle a survécu et se présente au bout de quelques mois, parfois de quelques années, à l'examen du médecin.

En lui faisant raconter l'histoire de ces accidents, on apprend que, depuis son accouchement, elle a toujours souffert et beaucoup perdu: pertes sanglantes, puis séro-sanguinolentes, métrorragies et ménorragies s'enchevêtrent, se confondent sans qu'il soit possible de préciser la date et la durée des règles. Souvent l'écoulement sanguinolent, séreux parfois, mais plus souvent franchement purulent et présentant une odeur, quand le fond de la muqueuse utérine herniée présente des ulcérations, qui a pu faire penser à des lésions néoplasiques,

La malade souffre d'une sensation de pesanteur, de gêne qui empêche tout effort utile et la contraint à rester le plus souvent alitée.

L'état général devient parfois franchement mauvais, amaigrissement, aspect cachectique de la malade. Les troubles urinaires sont constants, cystite avec pollakiurie et pyurie. Quant aux troubles intestinaux, ils sont variables, se traduisant le plus fréquemment par une constipation tenace. Remarquons également une température vespérale qui vient compléter l'aspect des formes sévères où le pronostic devient rapidement grave si l'on ne peut intervenir de façon active et sans perdre de temps.

Il est en revanche des formes cliniques dans lesquelles cette inversion tardive prend véritablement les caractères de l'inversion chronique.

La malade a survécu plusieurs années, elle est restée alitée le plus souvent et paraît s'être accommodée de son état misérable (c'est cet aspect que présentait la malade observée dans le service du Docteur de Fourmestiaux).

Les règles, pendant quelques mois, présentent une certaine mesure de régularité, sans cependant que les pertes séro-sanguinolentes cessent complètement. Le hasard d'un examen médical permet seul de situer le diagnostic.

Le syndrome subjectif est essentiellement constitué par des douleurs sourdes, et des troubles urinaires, accompagnés d'un écoulement séro-sanguinolent plus ou moins abondant.

Au toucher vaginal, le doigt bute immédiatement sur une masse faisant plus ou moins saillie dans le vagin. Le premier diagnostic auquel on pense est celui de polype intra-utérin accouché dans le vagin. Un examen logique, c'est-à-dire fait sous anesthésie générale et en position légèrement déclive, permet de rectifier cette première impression.

Un symptôme évident est alors constaté : il est impossible de délimiter le fond de l'utérus par la main abdominale en pratiquant le palper bimanuel. En arrière de la symphyse, on peut, chez une femme maigre, atteindre la concavité sacrée. On constate qu'il n'y a plus de fond utérin perceptible. C'est là le symptôme crucial essentiel. En revanche, en recourbant la main abdominale en crochet derrière la symphyse, on délimite entre elle et la main vaginale une masse endo-vaginale. Le fond du vagin est tout entier bloqué par l'utérus hernié et l'on ne peut, comme dans un polype intra-utérin, ni délimiter le pédicule, ni délimiter les bords du col. Une sonde introduite dans la vessie ne peut être perçue par le doigt vaginal. Au spéculum ou mieux, en utilisant deux valves et un bon éclairage, on constate simplement une masse bloquant le fond du vagin et il est impossible ou très pénible d'introduire un explorateur ou le doigt entre le bord externe de ladite masse et les parois vaginales.

L'aspect de la muqueuse utérine ne ressemble en rien à l'aspect d'un polype intra-utérin. Cependant, et au cours d'un examen tardif, apparaissent des ulcè-

ractions de la muqueuse utérine en tout point comparables à celles des vieux prolapsus. Il est parfois même fort difficile de différencier ces ulcérations de celles que présente une lésion épithéliale. D'autre part, au toucher vaginal, pas d'induration, mais suintement sanglant au moindre contact, ce qui peut rendre le diagnostic différentiel bien difficile.

EVOLUTION — COMPLICATIONS

Si l'inversion utérine aiguë présente un pronostic grave, d'une mortalité globale d'environ 25 %, l'inversion utérine tardive ou chronique présente, elle aussi, un pronostic sévère. Elle ne pourra être guérie qu'au prix d'une intervention sérieuse et il semble bien qu'il ne faille plus s'attarder à des manœuvres de petite chirurgie.

Chez une femme présentant une muqueuse utérine dans le vagin, il est certain qu'une infection de la totalité des voies génitales est presque fatale. On a constaté au cours d'une laparotomie, des lésions salpingiennes importantes. Localement, la muqueuse utérine s'ulcère, se trouve être le point de départ d'infection, d'hémorragies tenaces.

Dans une récente observation, Schockaert (de Louvain), relate l'histoire clinique d'une malade qui présentait une dégénérescence épithéliale du corps utérin prolabé (épithélioma spino-cellulaire), lésions auxquelles étaient surajoutées un pyosalpinx. Il pratiqua une hystérectomie et la malade mourut.

Il faut, en outre, ajouter à ces complications, la fréquence des troubles urinaires, ils sont presque constants et présentent une réelle gravité.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

On devra éliminer successivement toutes les tumeurs prolabées dans le vagin et celles qui sont saillantes à la vulve:

Le PROLAPSUS UTÉRIN. L'utérus prolabé présente au niveau de l'orifice vaginal un col tuméfié, béant, tandis que l'utérus inversé présente une grosse masse qui s'amincit lorsqu'on suit la muqueuse vers le pédicule.

Le POLYPE MUQUEUX. Ici, le diagnostic est en général très facile, le polype muqueux est, dans la majorité des cas, petit et implanté sur le col.

Le POLYPE FIBREUX, masse irrégulière et saignante, comblant le vagin et présentant un pédicule que le doigt suit jusqu'à son engagement dans l'orifice cervical.

Le CANCER UTÉRIN, cancer en choux-fleur, bosselé, implanté sur le col. Le cancer peut coexister avec l'invagination tardive, comme Schockaert l'a observé chez sa malade. Le diagnostic est rendu difficile, le saignement au moindre contact, et même l'odeur que sont susceptibles de présenter les pertes, étant des caractères communs aux deux affections.

Enfin, la rareté de l'inversion chronique tardive vient contribuer à la difficulté du diagnostic.

Pour élaborer le diagnostic, il faudra :

— Par un interrogatoire minutieux préciser l'histoire de la maladie; c'est un temps d'une importance capitale et surtout bien mettre en évidence le point de départ des accidents.

— Par l'examen: en s'aidant au besoin de l'anesthésie générale, recueillir les signes fournis par l'exploration :

inspection,

palper,

toucher,

en rappelant que la non-perception du fond utérin au palper bimanuel est le symptôme crucial essentiel.

Enfin, si on pratique l'hystérométrie, l'hystéromètre est arrêté dans le cul-de-sac cervical circulaire et on peut en faire le tour, ce qu'on peut réaliser également avec le doigt.

TRAITEMENT

De nombreuses et différentes méthodes ont été proposées pour le traitement de l'invagination utérine. Le mode de traitement choisi par le chirurgien devra tenir compte d'un facteur essentiel : le degré d'ancienneté de l'inversion utérine.

Nous étudierons successivement :

1° Les procédés de traitement non sanglants, réduction par voie manuelle ;

2° Traitement sanglant : par voie vaginale. par voie abdominale.

Ces derniers moyens de traitement pouvant aboutir soit à la conservation de l'utérus, soit à l'hystérectomie.

I. — Procédé non sanglant.

RÉDUCTION MANUELLE PAR LA VOIE VAGINALE.

C'est à première vue le procédé le plus simple et il est certain que, sur une invagination qui n'est pas de date trop ancienne, elle peut être tentée, mais certaines règles demeurent indispensables.

On fera une anesthésie générale. La malade mise en position de Trendelenburg moyenne; intestin et ves-

sie vides. Main abdominale et main vaginale gantées après désinfection de la paroi abdominale et surtout du segment utérin saillant dans le vagin, de même que ce dernier.

On pratiquera des pressions légères centrales, puis circulaires absolument comme si l'on voulait réduire un paraphimosis serré.

Théoriquement, on peut penser diminuer ainsi l'œdème et la congestion vasculo-lymphatique de l'utérus, mais cette manœuvre paraît bien aléatoire et n'est pas exempte de dangers certains. Il semble bien qu'elle ait réussi rarement.

Le Professeur Couvelaire qui eut l'idée d'utiliser les ballons de Champetier de Ribes, en partant d'une conception analogue, échoue et doit intervenir chirurgicalement (1).

Le docteur de Fourmestraux injecte dans le fond de l'utérus hernié et dans le bourrelet une solution de novocaïne en même temps qu'il pratique une anesthésie générale, échoue également, malgré une réduction partielle de la masse vaginale; il doit intervenir par la voie haute et voulut se contenter d'une section utérine minime portant sur l'anneau uniquement; la réduction se fit, mais avec déchirure utérine prolongeant l'incision jusqu'au fond de l'utérus. Une hystérectomie fut alors pratiquée et la malade guérit.

(1) COUVELAIRE. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1911, p. 292.

II. — Procédés sanglants.

A). — VOIE VAGINALE

Traitement conservateur.

Ces méthodes connues depuis longtemps ont été décrites en détail par de nombreux auteurs (1).

Nous nous bornerons ici à les résumer rapidement :

1° Procédé de Barnes (1868) : incisions cervico-latérales utérines, 3 incisions longitudinales de 2 à 3 centimètres partant de l'orifice cervical du col et divisant longitudinalement les fibres de l'isthme.

2° Procédé de Kustner (1893) : colpo-hystérotomie postérieure limitée.

3° Procédé de Piccoli-Duret (1894) : colpo-hystérotomie postérieure totale.

4° Procédé de Kehrer (1898) : colpo-hystérotomie antérieure limitée.

5° Procédé de Spinelli-Oui (1899) : colpo-hystérotomie antérieure totale.

Ces procédés chirurgicaux conservateurs par voie vaginale, colpo-hystérotomies antérieure et postérieure sont apparus pour certains auteurs comme les procédés de choix pour réduire les cas d'inversion utérine récente chronique, la préférence étant donnée à la colpo-hystérotomie postérieure.

(Procédé de Kustner, Piccoli-Duret).

(1) Thèse de RUTY, Lyon, 1934. — Thèse de COUVELAIRE, Paris, 1934.

Si cette méthode a donné quelques succès, on a pu cependant lui reprocher d'être une méthode aveugle et parfois dangereuse pouvant être suivie de déchirure du col et de la paroi utérine.

b) *Hystérectomie vaginale.*

Hartmann en donne la technique suivante : (1).

« La technique opératoire diffère légèrement suivant que l'inversion est complète ou incomplète.

Dans l'inversion incomplète, on saisit le col avec deux pinces à traction placées au niveau des commissures — on circonscrit le col par une incision circulaire — on effondre le cul-de-sac postérieur; on peut alors explorer la cavité pelvienne et préciser la disposition anatomique de l'utérus — on passe ensuite à la libération de la partie antérieure. Dès que celle-ci est commencée, on fend le col sur la ligne médiane antérieure. Il faut alors voir si, grâce à cette incision, on ne peut pas réduire l'inversion. Si la réduction est impossible, on poursuit l'opération en ouvrant le cul-de-sac antérieur. Rien alors n'est plus simple que de lier ou de saisir les ligaments larges dans une pince et de détacher l'utérus.

Si l'inversion est complète, le début de l'hystérectomie peut être délicat — on pratique une incision circulaire au niveau du col que l'on détermine par la palpation.

(1) *Traité de Gynécologie*, 1933.

On ouvre le cul-de-sac postérieur. Dès que le péritoine a été ouvert, on introduit le doigt dans la cavité péritonéale et on ramène le col en avant. On incise le cul-de-sac antérieur prudemment sur le doigt. Lorsque l'utérus est libéré en avant, l'opération se poursuit sans difficulté comme dans l'inversion incomplète.

L'hystérectomie vaginale trouve son indication majeure dans les cas d'inversion utérine récente où le traitement conservateur est impossible.

Par contre, elle n'est pas à recommander systématiquement dans les cas où l'inversion utérine date de quelque temps, comme dans le cas dont nous relatons l'observation.

Si l'utérus peut être enlevé par ce procédé dans des conditions relativement faciles, il ne faut pas méconnaître les graves inconvénients qu'elle présente surtout dans le cas d'une inversion tardive où l'on devra compter avec l'infection, les lésions salpingiennes, les adhérences, les modifications anatomiques possibles.

— un œdème parfois considérable de l'utérus, des parois vaginales, de la vulve peut gêner considérablement l'intervention, l'utérus étant en lui-même un obstacle septique par surcroît.

— difficulté dans le cas de l'hystérectomie vaginale de lier les pédicules et l'on risque de léser les anses intestinales entraînées dans l'infundibulum.

— enfin danger réel quand on se trouve en présence de lésions salpingiennes surajoutées, fréquentes dans les cas anciens.

— De plus, il faut penser que l'inversion peut amener des modifications des uretères au niveau du triangle.

B). — VOIE ABDOMINALE

C'est Gaillard Thomas qui, le premier, proposa la laparotomie en temps que traitement de l'inversion utérine tardive. Cet auteur, après avoir ouvert l'abdomen, se bornait à dilater l'anneau cervical afin de réduire plus facilement l'utérus par le vagin.

Les résultats furent à cette époque décevants et la méthode fut rapidement abandonnée, résultats médiocres dus certainement aux conditions déplorables dans lesquelles on effectuait une laparotomie à cette époque (1869), intervention d'une gravité insignifiante de nos jours.

Mais actuellement, les progrès réalisés, l'asepsie, le drainage, tous les avantages qu'elle comporte, ont réhabilité la méthode. Opérer à ciel ouvert, la facilité de constater l'état des organes du petit bassin, de libérer l'utérus de toutes adhérences, de traiter les lésions salpingiennes, la possibilité de reconnaître l'infundibulum et son habitat, enfin la faculté de pouvoir terminer l'intervention par l'inclusion des ligaments ronds, dans la paroi et permettre ainsi des gestations ultérieures, toutes ces raisons suffisent à démontrer l'excellence de la méthode.

a) *Hystérectomie par la voie abdominale.*

Haultain d'Edimbourg a proposé et exécuté dans 3 cas un procédé qu'il désigne sous le nom d'hysté-

rotomie abdominale. Par une laparotomie médiane sous-ombilicale on repère la place de l'utérus inversé indiquée seulement par une fente transversale. On dilate cette fente avec des pinces de façon à détruire les quelques adhérences péritonéales qui auraient pu se former et également afin d'apercevoir, saisir et attirer les ligaments ronds. A ce moment un aide introduisant un doigt dans le vagin repousse doucement le fond de l'utérus vers l'abdomen. Au bout d'un certain temps l'utérus prend l'aspect d'un bourrelet circulaire avec une dépression centrale. Une incision intéressant toute l'épaisseur de la paroi utérine entame la partie postérieure de ce bourrelet.

Cette incision doit être petite, juste suffisante pour permettre le passage de l'index qui va aller à la recherche du fond de l'utérus et compléter la réduction. Il ne reste plus qu'à fermer la plaie utérine par une suture.

Elle permet, d'après Haultain, de réaliser une simplicité extrême de l'acte opératoire, qui n'exige, d'après l'auteur, pas plus de quinze à vingt minutes.

Petite incision de l'utérus ; hémorragie nulle et d'ailleurs facile à contrôler.

On peut se demander quel est l'avenir d'un utérus ainsi traité. Si l'on s'en rapporte à Haultain, cet avenir est excellent. Il a pu suivre ses trois opérées, deux sont devenues enceintes et leur grossesse a eu une évolution normale.

b) *Hystérectomie abdominale.*

Ce procédé, ainsi que l'hystérectomie vaginale, ne se justifie que devant l'insuccès des autres méthodes de traitement, ou devant l'infection, le sphacèle, la gangrène de l'utérus, rendant toute conservation impossible de cet organe.

Pratiquée suivant le procédé habituel, l'hystérectomie abdominale a le grave inconvénient de faire sortir par l'abdomen un utérus qui doit être considéré comme infecté dans les cas d'inversion utérine chronique.

Mais, devant le cas de cette malade dont nous relatons l'observation, devant cette inversion utérine datant de 13 ans, accompagnée de troubles urinaires et où l'examen mettait en évidence l'existence d'une volumineuse salpingite gauche, une hystérectomie vaginale apparaît comme un procédé aveugle et par conséquent dangereux. Si la voie abdominale a été préférée à toute autre, c'est qu'elle donne plus de jour, plus de facilité pour faire le bilan des lésions et permet de prendre au cours de l'intervention les mesures qu'elles imposent.

Le Docteur De Fourmestraux conclut (1) : « Devant cet utérus cartonné, devant cette inversion datant de 13 ans, l'hystérectomie abdominale semblait la seule voie logique. »

(1) DE FOURMESTRAUX, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1^{er} mars 1939, p. 431.

CONCLUSIONS

I. — L'inversion utérine tardive chronique constitue une lésion rare.

II. — Quelques semaines après l'accouchement, les lésions apparaissent définitivement constituées. Dans les mois qui suivent apparaissent des lésions surajoutées qui aggravent le pronostic : lésions salpingiennes, adhérences, troubles urinaires.

III. — Le traitement ne peut être que chirurgical. Les manœuvres de réduction, même après incision du bourrelet d'invagination, sont redoutables.

IV. — Seules apparaissent comme logiques l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale. Cette dernière intervention est plus difficile qu'au cours d'un fibrome. La préférence doit être donnée à l'hystérectomie abdominale totale par la voie haute qui permet une consolidation complète des lésions salpingiennes et leur traitement logique.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
TANON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- HAULTAIN (F.). — Hystérotomie pour inversion chronique de l'utérus. *Edimbourg Medical Journal*, déc. 1908. *Analyse Bazy Journal de Chirurgie*, 1908-1909, p. 221.
- COMMANDEUR. — La pratique de l'art des accouchements. Bar, Brindeau. Article Commandeur, p. 427.
- COUVELAIRE. — Inversion puerpérale datant de 78 jours, échec des tentatives de réduction par application de ballons de Champetier de Ribes dans le vagin. Laparotomie. Echec des tentatives de réduction par manœuvres mixtes après dilatation de l'anneau, et après hystérotomie postérieure limitée. Hystérectomie. *Annales de Gynécologie*, t. VIII. Juin 1911, p. 360.
- VAUTRIN. — Inversion utérine par tumeur d'origine mulierienne chez un enfant. *Analyse Journal de Chirurgie*, t. IX, p. 416.
- MIGINIAT. — L'inversion de l'utérus et son traitement conservateur par la colpo-hystérotomie antérieure. *Analyse Journal de Chirurgie*, t. XXI, p. 656.
- FOURMESTRAUX (DE). — Inversion utérine ancienne. Hystérectomie abdominale. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1^{er} mars 1939, p. 341.
- HO-DAC-DI (de Hué). — Inversion utérine complète et chronique. Hystérectomie. *Presse Médicale*, 8 août 1931.

- SCHOCKAERT (R.) (Louvain). — Inversion utérine datant de 20 ans, compliquée de cancer du corps. Hystérectomie totale. *Bruxelles Médical*, n° 22, avril 1933.
- ANDERODIAS et PÉRY. — Un cas d'inversion utérine. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, avril 1937.
- DIGONNET. — Inversion utérine par polype fibreux; colpo-hystérotomie postérieure. *Bulletin de la Société de Gynécologie et Obstétrique*. Déc. 1936.
- BRUN. — Un cas d'inversion utérine post-partum. *Echo Médical du Nord*, 1^{er} décembre 1935.
- GAUGAIN (L.). — Deux cas d'inversion utérine. *Archives Médicales d'Angers*, février 1936.
- RUY. — Contribution à l'étude du traitement de l'inversion utérine puerpérale. *Thèse de Lyon*, 1934.
- CAUNEAU. — L'inversion utérine chronique d'origine obstétricale. *Thèse Paris*, 1934.
- TORRESSI. — Contribution à l'étude du traitement de l'inversion utérine puerpérale. *Thèse Bordeaux*, 1936.
- FRESSON. — Indications et manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine. *Thèse Paris*, 1902.

TABLE DES MATIERES

Introduction.	9
Observations.	11
Pathogénie.	16
Symptomatologie.	20
Evolution. — Complications.	24
Diagnostic différentiel.	25
Traitement.	27
Conclusions.	36
Bibliographie.	37



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



